DOCUMENT MÉDICO-SOCIAL DE TRANSMISSION VERSION 2

MODE D'EMPLOI

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 2

II. CHAMPS ET RUBRIQUES DU DMST 3

0. DONNEES D'ENTETE DU DOCUMENT 3

1. DONNEES DE BASE 3

2. DONNEES COMPLEMENTAIRES 4

3. FAMILLE, ENTOURAGE 5

4. HABITAT 5

5. CONTEXTE ET HABITUDES DE VIE 5

6. NIVEAU D'AUTONOMIE 6

7. BILAN DE SANTE SOMATIQUE ET PSYCHIQUE AU MOMENT DU TRANSFERT 10

8. INTERVENANTS UTILES A LA PRISE EN SOINS DU PATIENT DANS LA SITUATION ACTUELLE 10

9. PRISE EN CHARGE LE JOUR DU TRANSFERT 11

10. AUTRES DONNEES 12

I. INTRODUCTION

Généralités

1. Le **D**ocument **M**édico-**S**ocial de **T**ransmission (DMST) version 2 remplace le document médico-social de transmission version 1.

   Il est destiné à faciliter la transmission des informations nécessaires à la prise en charge médico-sociale lors d'un transfert. Le contact direct (téléphonique ou autre) entre les différentes parties reste d'actualité.

2. Ce document doit être établi pour tous les patients faisant l'objet d'une prise en charge médico-sociale impliquant une équipe pluridisciplinaire (autre que la famille et/ou le médecin traitant), c'est-à-dire notamment en cas de demande d'admission en soins aigus ou encore pour un hébergement.

3. Le patient peut prendre connaissance à tout moment du contenu du DMST.

4. La transmission du document doit s'accompagner de mesures concrètes assurant la confidentialité des données qu'il contient.

   A cette fin, les différentes parties mettent tout en œuvre pour garantir la confidentialité des données médico-sociales (emplacement des documents, devoir de discrétion pour toutes les personnes y ayant accès, etc.).

Aspects pratiques

1. Le DMST est un document à renseigner de façon complète, lisible et sans abréviation.

2. Le mode d'emploi du DMST définit les éléments à renseigner pour chaque rubrique du DMST.

3. Un nouveau document est établi à chaque transfert du patient.

4. En principe, le DMST accompagne le patient lors de son transfert. Si cela s'avère impossible, il est acheminé par voie électronique sécurisée, par fax ou par courrier si possible avant le transfert.

5. Toutes les données nécessaires pour le destinataire doivent être complétées pour autant qu'elles soient à disposition de l'institution émettrice (au niveau du système d'information, de documents au format papier, etc.).

6. Le DMST doit être accompagné de tout autre document susceptible de faciliter le transfert (Par exemple, dans le cas d'un hébergement, le DMST est accompagné du DMT « Document Médical de Transmission », celui-ci est renseigné par le médecin).

II. Champs et rubriques du DMST

0. DONNEES D'ENTETE DU DOCUMENT		
0.1	Adressé par	Le nom de l'établissement émetteur, les coordonnées de la personne de contact (n° de tel, n° de fax) de l'établissement ainsi que la date d'émission sont à renseigner.
0.2	A (destinataire)	
0.3	Le	
0.4	No de tél.	
0.5	No de fax.	
0.6	Transfert en urgence	Cette rubrique permet de spécifier si le transfert est effectué en urgence ou non.
0.7	Demande d'admission pour un hébergement	Cette rubrique permet de spécifier si le DMST concerne le transfert vers un EMS pour un hébergement long séjour, court séjour, séjour d'observation.

1. DONNEES DE BASE		
1.1	Nom	Nom de la personne transférée
1.2	Prénom	Prénom de la personne transférée
1.3	Sexe	Homme / Femme / Donnée manquante
1.4	N° AVS	Numéro AVS
1.5	Date de naissance	Date de naissance
1.6	Lieu de naissance	Lieu de naissance
1.7	Nationalité	Nationalité du patient
1.8	Origine	Pays d'origine ou commune d'origine (si le patient est d'origine suisse)
1.9	Etat civil	Marié / Célibataire / Veuf / Divorcé / Pacsé
1.10	Date d'entrée	Date du début de séjour ou date de début de la prise en charge en cas de prise en charge à domicile
1.11	Date de sortie	Date de fin du séjour prévue ou date de fin de prise en charge en cas de prise en charge à domicile
1.12	Filiation maternelle	Nom de jeune fille et prénom de la mère du patient
1.13	Filiation paternelle	Nom et prénom du père du patient
1.14	Religion / confession	Religion du patient
1.15	Adresse du domicile	Adresse du domicile
1.16	Téléphone du domicile	Téléphone du domicile
1.17	Profession	Profession du patient (actuelle ou passée)
1.18	Nom et prénom conjoint	Nom et prénom du conjoint du patient
1.19	Tél. en urgence chez (nom et tél.)	Nom et prénom de la personne à contacter en cas d'urgence et n° de téléphone
1.20	Médecin	Impliqués dans la prise en charge (peut être le médecin traitant et/ou le médecin hospitalier, un autre type de médecin peut être renseigné, par exemple, « médecin des urgences », etc.)
1.21	Nom(s) et tél.(s) du(es) médecin(s)	Noms et téléphones des médecins impliqués dans la prise en charge
1.22	Patient connu du CMS	Patient connu du CMS de son quartier. Dans le cas où le CMS est connu le nom du CMS doit être renseigné.

2. DONNEES COMPLEMENTAIRES		
2.1	Représentant thérapeutique	Il s'agit de la personne qui a été désignée par le patient pour se prononcer à sa place sur les soins à lui prodiguer en cas d'incapacité du patient à le faire. Cette rubrique fait référence à la Loi cantonale sur la santé publique du 29 mai 1985 Art. 23a, 23b, 23c. Le fait qu'il existe ou non un représentant thérapeutique pour le patient doit être renseigné.
2.2	Nom et tél. du représentant	Correspond au nom et téléphone du représentant
2.3	Directives anticipées	Cette rubrique permet de répondre aux exigences de la Loi cantonale sur la santé publique Art. 23a. Elle permet de préciser s'il existe ou non des directives anticipées pour ce patient donné et si c'est le cas où elles sont déposées. A noter que les directives anticipées peuvent être laissées chez une personne de confiance (médecin, famille, etc.). Cette rubrique permet de préciser les coordonnées de cette personne (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone, etc.). Les directives anticipées peuvent également être annexées au DMST.
2.4	PLAFA	Ce champ permet de notifier si la personne est soumise à une privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA).
2.5	Dates relatives au PLAFA	Dates de décision et de demande du PLAFA
2.6	Caisse maladie	Nom de la caisse maladie
2.7	No d'assuré	Numéro d'assurance
2.8	Caisse accident	Nom de la caisse accident
2.9	N° d'assuré	Numéro de la caisse accident
2.10	PC	Ce champ permet de notifier si la personne perçoit une aide "prestation complémentaire".
2.11	API	Ce champ permet de notifier si la personne perçoit une "Allocation pour impotent".
2.12	AI	Ce champ permet de notifier si la personne perçoit une "Allocation pour invalidité".
2.13	OCC	OCC (Organe de contrôle de l'assurance maladie et accident). Ce champ permet de notifier si le patient reçoit des subsides pour l'assurance maladie de base.

3. FAMILLE, ENTOURAGE		
Personne de référence		Il s'agit de la personne à contacter en cas de besoin
3.1	Nom, adresse, tél.	Coordonnées de la personne de référence à contacter si besoin
3.2	Lien avec le patient	Lien que la personne de référence a avec le patient
Personne(s) vivant avec le patient		Il s'agit de la personne qui vit avec le patient
3.3	Nom, adresse, tél.	Coordonnées de la personne vivant avec le patient
3.4	Lien avec le patient	Lien que la personne vivant avec le patient a avec le patient
Représentant		Il s'agit de la personne qui représente le patient d'un point de vue administratif ou légal.
3.5	Représentant administratif / tuteur / curateur / conseiller légal / démarches en cours	Le représentant administratif est par exemple la personne qui effectue les règlements bancaires du patient. Cette personne peut être désignée par le patient sans qu'il existe de mesure de contrainte. Les notions de tuteur / curateur et conseiller légal font référence à l'Art. 367 du Code civil suisse. L'item « démarches en cours » : permet de spécifier s'il existe des démarches en cours concernant les mesures tutélaires.
3.6	Nom, adresse, tél.	Coordonnées du représentant administratif, du tuteur, du curateur ou du conseiller légal du patient.
3.7	Lien avec le patient	Lien que le représentant administratif a avec le patient

4. HABITAT		
4.1	Habitat (description)	Description des barrières architecturales à l'intérieur de l'habitat et au niveau des abords immédiats. Y.c. l'accès à l'habitat (par exemple 3 marches extérieures). Y.c. itinéraires et accès.

5. CONTEXTE ET HABITUDES DE VIE		
5.1	Contexte et habitudes de vie (description)	Ensemble des informations sociales qui permettent une prise en charge "globale" du patient. Il s'agit notamment : des ressources personnelles et besoins, événements et faits marquants, relations socio-familiales significatives, centres d'intérêts, animaux domestiques, etc.

6. NIVEAU D'AUTONOMIE		
Activités de la Vie Quotidienne		
6.1	Manger - boire	AVQ (Activités de la Vie Quotidienne), le degré d'autonomie concernant « Manger – boire » peut être catégorisé selon les 4 grades suivants : 1. autonome 2. surveillance / stimulation 3. exige de l'aide 4. dépendant Dans le cas où l'évaluation est non applicable pour l'item en question, il ne faut pas renseigner de degré d'autonomie. La classification selon les 4 grades est valable pour l'ensemble de ce chapitre (Chapitre 6). Par ailleurs, il est possible de notifier la présence de sonde spécifique à l'item « Manger-boire ».
6.2	Se laver	AVQ
6.3	S'habiller	AVQ
6.4	Se déshabiller	AVQ
6.5	Entretenir sa personne	Cet item correspond aux soins d'apparence (se coiffer, se maquiller, se raser, etc.).
6.6	Continence vésicale	AVQ Par ailleurs, il est possible de notifier la présence de sonde spécifique à l'item « Continence vésicale ».
6.7	Continence anale	AVQ
6.8	Utiliser les toilettes	AVQ
Mobilité		
6.9	Changer de position	AVQ, cet item permet de notifier le changement de position au lit (prévention des escarres).
6.10	Se déplacer à l'intérieur	AVQ
6.11	Se déplacer à l'extérieur	AVQ
6.12	Utiliser les moyens de transport	AVQ, cet item permet de préciser si le patient à la capacité d'utiliser des moyens de transport (par exemple : bus, voiture, etc.).
6.13	Utiliser les escaliers	AVQ
6.14	Utilisation élévateur	Cet item permet de notifier s'il est nécessaire d'utiliser un élévateur pour déplacer le patient. Dans ce cas la classification par grade du niveau d'autonomie n'est pas applicable.
6.15	Utiliser les moyens auxiliaires	AVQ, cet item permet de notifier le degré d'autonomie qu'a le patient en terme de déplacement **grâce à l'utilisation d'un moyen auxiliaire**. La liste des moyens auxiliaires suivantes est proposée : canne, déambulateur, chaise roulante, autre.

6. NIVEAU D'AUTONOMIE (SUITE)		
Vision, audition		
6.16	Voir	AVQ. Cet item permet de graduer le niveau d'autonomie visuel. **Dans le cas où le patient porte des lunettes ou des verres de contact, l'évaluation est effectuée avec les lunettes ou les verres de contact.** **Le port de lunettes ou de verres de contact doit être précisé à ce niveau.** Dans le cas où le patient est non voyant d'un œil alors cela doit pouvoir être précisé au niveau du bilan de santé.
6.17	Entendre	AVQ. Cet item permet de graduer le niveau d'autonomie auditive. **Dans le cas où le patient porte un appareil acoustique l'évaluation est effectuée avec l'appareil.** **Le port d'un appareil acoustique doit être précisé à ce niveau.** Dans le cas où le patient est mal entendant d'une oreille cela doit pouvoir être précisé au niveau du bilan de santé.
Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)		
6.18	Utiliser le téléphone	AIVQ. Le degré d'autonomie peut être catégorisé selon les 4 grades suivants (idem ensemble du chapitre AIVQ) : 1. autonome 2. surveillance / stimulation 3. exige de l'aide 4. dépendant **Dans le cas où l'évaluation est non applicable pour l'item en question, il ne faut pas renseigner de degré d'autonomie.** **<u>EXEMPLES :</u>** - 1 : se sert normalement du téléphone - 2 : compose quelques n° très connus - 3 : répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément - 4 : n'utilise pas du tout le téléphone spontanément
6.19	Entretenir son logement	AIVQ **<u>EXEMPLES :</u>** - 1 : fait le ménage tout seul ou avec une assistance occasionnelle pour les gros travaux - 2 : exécute des tâches quotidiennes légères comme faire la vaisselle et faire son lit - 3 : a besoin d'aide pour les travaux de la maison - 4 : n'est pas capable d'effectuer ce type de tâches

6. NIVEAU D'AUTONOMIE (SUITE)		
Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) - suite		
6.20	Préparer les repas	AIVQ **EXEMPLES :** - 1 : prévoit, prépare et sert normalement les repas - 2 : prépare normalement les repas si les ingrédients sont fournis - 3 : réchauffe et sert des repas préparés ou prépare des repas mais de façon plus ou moins adéquate - 4 : nécessité de préparer des repas et de les servir
6.21	Faire les courses	AIVQ **EXEMPLES :** - 1 : fait des courses normalement - 2 : fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats 3 au moins) - 3 : doit être accompagné pour faire les courses - 4 : incapable de faire des courses
6.22	Faire la lessive, entretenir le linge	AIVQ **EXEMPLES :** - 1 : effectue totalement la blanchisserie personnelle - 2 : lave de petits articles, chaussettes, etc. - 3 : lave de petits articles avec aide - 4 : Incapable de faire la lessive ou d'entretenir du linge
6.23	Prendre ses médicaments	AIVQ **EXEMPLES :** - 1 : prise des médicaments seul aux heures indiquées et doses prescrites - 2 : capable de prendre tout seul ses médicaments mais a des oublis occasionnels - 3 : capable de prendre tout seul ses médicaments s'ils sont préparés (semainier) - 4 : incapable de prendre ses médicaments seul
6.24	Gestion administrative	AIVQ **EXEMPLES :** - 1 : gère ses finances de manière autonome (budget tenu) - 2 : se déplace à la banque, renseigne des ordres de versement, etc. - 3 : est autonome pour effectuer quelques achats - 4 : incapable de gestion administrative

6. NIVEAU D'AUTONOMIE (SUITE)		
Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) - suite		
6.25	Gérer ses liens sociaux	Cet item permet de spécifier le degré d'autonomie d'un patient concernant la gestion de sa vie sociale. **EXEMPLES :** - 1 : gère ses liens sociaux de manière autonome - 2 : ne prend pas l'initiative pour la gestion - 3 : nécessite de l'aide même après stimulation - 4 : incapable de gestion des liens sociaux
Facultés mentales		
6.26	Mémoire	Le degré d'autonomie peut être catégorisé selon les 4 grades suivants (idem ensemble du chapitre AIVQ) : 1. autonome 2. surveillance / stimulation 3. exige de l'aide 4. dépendant Permet l'évaluation de la mémoire à long terme et à court terme.
6.27	Orientation dans le temps	Savoir s'orienter dans le temps en fonction du jour, de l'heure et de l'année.
6.28	Orientation dans l'espace	Savoir s'orienter dans l'espace en fonction d'un lieu.
6.29	Compréhension	Permet l'évaluation de la compréhension du patient.

7. BILAN DE SANTE SOMATIQUE ET PSYCHIQUE AU MOMENT DU TRANSFERT		
Somatique		
7.1	Respiration	Description de l'activité respiratoire (y.c. oxygénothérapie)
7.2	Alimentation, hydratation	Description (nécessité de régime, y.c. nutrition par sonde)
7.3	Elimination	Description (y.c. présence d'incontinence). La présence de sondes et stomies doit être spécifiée.
7.4	Etat de la peau, plaies, cicatrices	Description actuelle de l'état de la peau
7.5	Coordination, posture, mobilité, etc.	Description de la coordination
7.6	Chutes	Description des chutes récentes (à 6 mois) et description des causes ainsi que des chutes non récentes.
7.7	Addiction	Existence de dépendances (exemple : alcool, médicament, etc.)
7.8	Autres précisions concernant l'état général	Existence d'autres problématiques importantes pour la prise en charge
Psychique		
7.9	Tristesse	Explicite
7.10	Anxiété	Sentiment de crainte sans objet
7.11	Peut être auto-agressif dans les situations suivantes	Permet de préciser si le patient est agressif contre lui-même de manière verbale et/ou physique et dans quelles situations
7.12	Peut être agressif dans les situations suivantes	Permet de préciser si le patient est agressif de manière verbale et/ou physique et selon quelles situations
7.13	Déambule	Permet de préciser si le patient a le besoin d'être en mouvement de manière incontrôlée
7.14	Parle, crie ou se lève la nuit	Explicite
7.15	Tendance à fuguer par désorientation	Explicite
7.16	Tendance à fuguer volontairement	Explicite
7.17	Autres, préciser	Existence d'autres problématiques importantes pour la prise en charge

8. INTERVENANTS UTILES A LA PRISE EN SOINS DU PATIENT DANS LA SITUATION ACTUELLE		
8.1	Nom, Fonction, tel.	Correspond aux intervenants utiles à la prise en soins du patient dans sa situation actuelle. Par exemple : référent CMS, infirmière de liaison, médecin de l'hôpital, etc. Dans le cas par exemple où le patient provient d'un CMS, cela peut être : le médecin traitant, la voisine, etc. Le nom, la fonction (par exemple : infirmière du CMS, etc.) et le téléphone doivent être renseignés.

9. PRISE EN CHARGE LE JOUR DU TRANSFERT		
Transfert		
9.1	Transféré avec	Cet item permet de notifier si le transfert est effectué avec des lunettes, un appareil dentaire, un appareil acoustique, une canne, un déambulateur, une chaise roulante ou tout autre moyen auxiliaire qu'il est nécessaire de spécifier.
9.2	Enveloppe de transfert	Cet item permet de notifier si le transfert a eu lieu avec une enveloppe de transfert.
9.3	Transport effectué par	Cet item permet de notifier par qui est effectué le transport.
9.4	Le	Cet item permet de notifier la date du transport.
9.5	Objet(s) perdu(s)	Objet(s) perdu(s) avant le transfert et si oui le(s)quel(s)
9.6	Objet(s) en recherche	Objet(s) en recherche avant le transfert et si oui le(s)quel(s)
Motif du transfert / Objectifs de soins / Projets pour le patient		
9.7	Motif du transfert / Objectifs de soins / Projets pour le patient (description)	Cet item permet de préciser le motif du transfert, les objectifs de soins et les projets pour le patient. **Cette rubrique permet de comprendre le processus dans lequel s'inscrit la personne.**
9.8	Patient en accord avec le transfert	Cet item permet de notifier si le transfert est effectué en accord avec le patient ou non.
Traitements en cours et soins à effectuer / Moyens et matériel de soins nécessaires / Surveillance		
9.9	Protocole mesures de contrainte en annexe	Cette rubrique permet de stipuler s'il existe des protocoles liés aux mesures de contraintes pour une personne
9.10	Traitements en cours et soins à effectuer / Moyens et matériel de soins nécessaires / Surveillance (description)	Explicite. Cette rubrique doit permettre à l'institution qui reçoit la personne de prodiguer les soins nécessaires.
9.11	Allergie connue	Cette rubrique permet de recenser l'ensemble des allergies connues pour le patient.
Consultation		
9.12	agendées	Cette rubrique permet de recenser l'ensemble des consultations agendées pour le patient après son transfert.
9.13	A prévoir	Consultation(s) à agender.
Derniers médicaments pris le jour du transfert		
9.14	Derniers médicaments pris le jour du transfert (description)	Il s'agit de notifier quels sont les derniers médicaments pris par le patient avant le transfert. Le nom du médicament doit être noté (Nom commercial et substance active) ainsi que le moment de la prise (matin et/ou midi et/ou soir) et le dosage.
9.15	Ordonnance en annexe	Cet item permet de spécifier si une ordonnance est annexée.

10. AUTRES DONNEES		
10.1	Document médical	Cet item permet de spécifier si le DMT est renseigné et envoyé en même temps ou si celui-ci est transmis ultérieurement et si celui-ci est envoyé à un médecin (par exemple : au médecin traitant).
10.2	Envoyé au Dr	Correspond au nom du médecin auquel est envoyé le DMT
10.3	Document finalisé par	Correspond au nom du collaborateur qui a finalisé le document après recueil des informations au niveau de l'équipe
10.4	Fonction	Correspond à la fonction du collaborateur qui a renseigné le DMST
10.5	Timbre	Correspond au timbre de l'établissement émetteur du DMST
10.6	Le	Correspond à la date de transmission du DMST
10.7	Validation	Correspond à la signature ou validation informatique du collaborateur ayant renseigné le DMST